

329
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

No 329

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1891, à 1 heure

Par JOSEPH PARMENTIER,

Né à Clamecy (Nièvre), le 7 octobre 1866.

ÉTUDE
SUR LA MARCHE DES ABCÈS FROIDS
DE LA RÉGION TROCHANTÉRIENNE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. { TERRILLON, professeur.
SEGOND et REYNIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1891

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

No

329

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1891, à 1 heure

Par JOSEPH PARMENTIER,

Né à Clamecy (Nièvre), le 7 octobre 1866.

ÉTUDE
SUR LA MARCHE DES ABCÈS FROIDS
DE LA RÉGION TROCHANTÉRIENNE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. { TERRILLON, professeur.
 { SEGOND et REYNIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUYE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHEL.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....		REGNAULD.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
Clinique médicale.....		SÉE (G.)
		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LE DENTU.
		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. A. RICHEL, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEYS.	POIRIER, chef des	ROBIN (Albert).
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REITERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

A MON PÈRE.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

É T U D E

SUR LA

MARCHE DES ABCÈS FROIDS

DE LA RÉGION TROCHANTÉRIENNE

Les lois qui président à l'évolution des abcès froids sont connues depuis longtemps. Nous ne voulons point parler ici de leur évolution pathogénique ou anatomo-pathologique; d'ailleurs, à ce point de vue, les collections purulentes de la région trochantérienne ne diffèrent que peu de celles des autres régions. Mais il est un des caractères de ces abcès qui domine leur marche et même, à un haut degré, leur symptomatologie. C'est leur tendance à s'étendre, à cheminer entre les tissus qu'ils décolent et à s'éloigner souvent fort loin de leur point de départ.

Gerdy les avait déjà appelés migrants, non pas tous les abcès froids, mais ceux que l'on connaissait alors et dont la cause siégeait dans la colonne vertébrale. Ce sont ces mêmes abcès, consécutifs au mal de Pott qui ont provoqué les premières recher-

ches sur le mode de propagation, d'extension du pus froid et nous lui gardons cette épithète qui, au point de vue mécanique, celui que nous envisagerons exclusivement, convient le mieux à sa qualification.

Il serait oiseux d'insister sur les raisons anatomiques qui président à la direction, au cheminement des suppurations vertébrales. On sait les trajets qu'elles prennent suivant qu'elles ont pour point de départ telle ou telle portion du rachis. Elles se frayent une voie à travers les parties qui offrent le moins de résistance, fuient le long des aponévroses en obéissant aux lois de la pesanteur jusqu'à ce qu'elles rencontrent une de ces ouvertures naturelles que traversent les vaisseaux et les nerfs; alors se forme une seconde poche qui communique avec la première par une ouverture plus ou moins étroite.

Telles sont les grandes lois physiques, mais le processus pathologique n'est pas connu depuis longtemps. Il y a quinze ans encore, on croyait que la substance liquide contenue dans l'abcès froid s'y accumulait suivant le même processus que le pus de l'abcès chaud; seulement, disait-on, les phénomènes inflammatoires étaient dans celui-là voilés et insidieux et réduits au minimum de rougeur, de chaleur et de douleur.

Aujourd'hui, les recherches de Lannelongue, le travail de Josias et Brissaud nous rendent compte du processus de l'abcès. Sans nous étendre sur son origine tuberculeuse, sur la nature de la tumeur primitive et les métamorphoses qui l'amènent à deve-

nir abcès froid, nous nous contenterons de dire deux mots de la surface externe de la paroi de l'abcès où se passent les phénomènes les plus actifs :

Cette surface se détache difficilement des tissus qui l'environnent. A l'œil nu, on constate entre elle et eux une véritable continuité ; elle leur est unie par un nombre infini de liens vasculaires entourés de cellules jeunes, d'éléments embryonnaires abondants qui, si l'on énucléait la poche de l'abcès froid, le montreraient comme hérissé d'une foule de prolongements conoïdes, de véritables bourgeons charnus comparables aux végétations des plaies. Ces traînées embryonnaires suivent les vaisseaux, traversent avec eux les aponévroses, pénètrent dans les lames cellulaires des muscles et peuvent ainsi cheminer fort loin.

Elles sont précédées par les bacilles, et c'est dans leur épaisseur que se forment les follicules tuberculeux. Parfois, les colonies de récente formation envoient au loin de nouveaux émissaires, et c'est ainsi que certains abcès froids acquièrent le volume invraisemblable que l'on note de temps à autre.

Nous nous contentons de citer ces notions tirées du grand *Traité de chirurgie* et qui nous montrent le processus histologique d'accroissement des abcès froids. Ce processus est le même pour les abcès de toutes les régions.

Nous verrons que les collections purulentes de la région trochantérienne reconnaissent des origines variables et que leur marche est subordonnée à leur

point de départ. Néanmoins, nous constaterons qu'ils obéissent d'une part aux lois physiques, au moins pour une certaine catégorie d'entre eux, et d'autre part aux lois histologiques dont nous venons de donner un aperçu.

Mais ce n'est point là le sujet que nous voulons traiter. Notre attention a été appelée sur quelques faits difficiles, aussi bien au point de vue thérapeutique qu'au point de vue du diagnostic. En même temps, notre maître M. Campenon, faisant une série de cliniques à l'hôpital Necker, sur les abcès froids en général, nous citait des observations qu'il nous permet de relater et qui grossissent le nombre un peu restreint des nôtres. Nous avons donc cru pouvoir prendre comme sujet de notre thèse inaugurale : la marche des abcès froids de la région trochantérienne ; ne voulant envisager que l'étude anatomique, descriptive de ces abcès, essayer de rechercher s'ils n'offrent pas entre eux une analogie de développement subordonné soit à la région, soit à leur point de départ, enfin, considérer les conséquences que de semblables notions peuvent avoir au point de vue du diagnostic, du pronostic et de l'intervention opératoire.

Nous l'avons dit tout à l'heure, c'est à notre maître M. Campenon, que nous devons de pouvoir faire ce travail. C'est lui qui nous en a fourni l'idée et les éléments avec sa bienveillance accoutumée.

Aussi, est-ce à lui que nous adresserons nos premiers remerciements et l'expression de notre profonde

gratitude pour l'intérêt et la sympathie qu'il nous a toujours témoignés.

Nous saisissons avec empressement l'occasion qui s'offre à nous d'exprimer notre reconnaissance aux différents maîtres qui nous ont guidé dans nos études et nous ont permis de les mener à bonne fin.

Nous prions particulièrement M. le docteur Hutinel, médecin des enfants assistés qui fût notre premier maître, d'agréer l'expression de notre vive reconnaissance pour la sollicitude qu'il nous a toujours témoignée et le magistral enseignement clinique dont il nous a permis de profiter.

Que nos savants maîtres dans les hôpitaux, MM. Rendu, Barth, Routier, B. Anger et Marie; MM. les professeurs de clinique Le Dentu et Pinard veuillent bien recevoir ici l'hommage de nos sentiments de profonde gratitude.

M. le professeur Tillaux, en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale, nous a fait un honneur dont nous sommes fiers à juste titre. Nous le prions de daigner recevoir nos plus sincères remerciements.

Marche des abcès.

Etant données les quelques notions qui précèdent, nous allons entrer directement dans le sujet, c'est-à-dire examiner la marche des abcès froids.

Nous le savons, ces abcès obéissent absolument à la région anatomique sur laquelle nous croyons devoir jeter un coup d'œil, au moins dans les gros traits qui nous intéressent plus particulièrement, c'est-à-dire sur les aponévroses et les loges qu'elles forment.

La région trochantérienne n'est pas décrite dans les *Traité d'anatomie topographique* à titre de région distincte. Les détails qui suivent et qui sont indispensables à la parfaite compréhension du sujet sont empruntés en grande partie à la thèse récente du docteur J.-B. Petit, au moins dans les notions les plus nécessaires à notre travail.

D'une façon générale cette région est considérée comme marquant la limite respective de l'aine et de la fesse. Les limites sont celles de l'éminence osseuse qui en forme le squelette.

Les considérations générales ne nous arrêterons

pas, nous passons sur la conformation extérieure et sur les premières couches qui se rencontrent à la dissection, la peau et le tissu cellulaire.

Notons cependant que le pannicule cellulo-graisseux d'épaisseur variable est divisé en une multitude de loges par des trabécules et des lamelles élastiques qui se détachent de la face profonde du derme. C'est entre cette couche cellulo-graisseuse sous-cutanée et l'aponévrose fascia lata que l'on rencontre une première bourse séreuse. Dans tout le reste de l'étendue de la région le pannicule adipeux est uni au fascia lata par un tissu cellulaire lâche et peu adhérent.

Sous cette couche on rencontre en arrière le grand fessier et son enveloppe, en haut la portion iliaque de l'aponévrose fémorale, et plus en avant la gaine du tenseur du fascia lata. Ce dernier muscle repose sur la partie antérieure du moyen fessier ; son bord postérieur n'arrive pas jusqu'au grand trochanter.

Au dessous du grand fessier on rencontre les muscles profonds de la fesse, c'est-à-dire, en allant de haut en bas, les fibres postérieures du moyen fessier et le pyramidal, les deux jumeaux séparés l'un de l'autre par le tendon de l'obturateur interne, sur lequel ils s'insèrent, enfin le carré crural qui semble n'être que la partie la plus élevée du muscle troisième ou grand adducteur.

Obliques en bas et en dehors les faisceaux musculaires du grand fessier viennent se fixer sur un fort tendon qui s'insère sur la bifurcation externe de la

ligne âpre depuis le tubercule qui marque l'extrémité supérieure de cette ligne, jusqu'à environ 7 ou 8 centimètres au dessous. De là, le tendon aplati de dehors en dedans, large d'environ un centimètre et demi, remonte verticalement le long du bord postérieur du grand trochanter en empiétant un peu sur sa face externe, et commence à s'épanouir à la face profonde du muscle, environ deux centimètres au dessus du tubercule de la bifurcation externe de la ligne âpre. Les faisceaux musculaires les plus antérieurs lui font directement suite, de sorte que le grand trochanter est recouvert sur une étendue correspondant à peu près au tiers postérieur de sa face externe par le tendon et le bord externe du muscle grand fessier.

L'aponévrose du moyen fessier se présente sous l'aspect d'une membrane nacrée, resplendissante, très forte et très résistante. Elle s'attache à la partie moyenne de la lèvre externe de la crête iliaque ; descend sur le moyen fessier qui prend de nombreux points d'attache à sa face profonde, glisse sur le tendon de ce muscle et devient en cet endroit complètement indépendante, puis recouvre le grand trochanter et se continue sur la face externe de la cuisse. Les fibres qui la composent ont une direction verticale, seuls quelques faisceaux postérieurs s'infléchissent en arrière. Vers le bord antéro-supérieur du grand fessier, cette membrane se divise en deux feuillets : le feuillet superficiel est appliqué sur la face externe du muscle ; mince en arrière et en haut, il devient

serré et résistant en avant et en bas et lorsqu'il passe au dessus du tendon, il lui est uni si intimement que leurs fibres paraissent tissées ensemble, de sorte que, de prime abord et à l'extérieur, tendon et aponévrose paraissent confondus; le feuillet profond, fort mince dans toute son étendue, tapisse la face profonde du grand fessier jusqu'au bord postéro-inférieur de ce muscle où il s'unit au feuillet précédent pour former au grand fessier une gaine complète.

Le tenseur du fascia lata est de même enveloppé dans un dédoublement de l'aponévrose. Ces deux muscles sont ainsi réunis par une sorte de pont fibreux qui passe sur le grand trochanter et maintient appliqué contre lui le tendon et le bord antérieur du grand fessier.

Ces deux plans réunis par le tendon du grand fessier dans le point que nous avons vu, sont séparés dans tout le reste de leur étendue par une masse cellulo-graisseuse.

Cette couche intermédiaire est surtout abondante en arrière où elle comble un vaste espace limité en dehors par le grand fessier, en dedans par les muscles pelvi-trochantériens et communiquent en bas avec la loge postérieure de la cuisse. C'est au milieu de ce tissu graisseux, rougeâtre, abondant contenu dans des cellules à mailles très lâches et susceptibles de se laisser facilement infiltrer, qu'émergent les nerfs et artères fessiers, l'artère ischiatique et le grand nerf sciatique à leur sortie du bassin.

Vers le bord postérieur du grand trochanter, cette

nappe diminue un peu d'épaisseur, recouvre complètement l'apophyse, où elle se fait surtout remarquer par sa plus grande densité et se continue avec le tissu cellulaire des faces externe et antérieure de la cuisse.

Avant d'étudier la disposition des aponévroses et du tissu cellulaire de la cuisse, disons quelques mots des bourses séreuses qui sont situées dans la région trochanterienne.

Petit la divise en deux groupes distincts : l'un antérieur, l'autre postérieur.

Sur la partie la plus saillante de la face externe du grand trochanter, existe la première bourse séreuse du groupe antérieur. Etendue du haut en bas du bord supérieur de l'apophyse, à environ 5 ou 6 centimètres au dessous, elle va transversalement d'un bord à l'autre. Sa paroi profonde adhère intimement aux expansions tendineuses du vaste externe et du moyen fessier, la paroi externe est séparée du fascia lata par une couche de tissu cellulo-graisseux serré et résistant, d'une épaisseur d'environ un demi-centimètre, de telle façon que la cavité reste complètement masquée lorsqu'on a enlevé l'aponévrose. La résistance de ses parois est assez considérable ; néanmoins, M. le professeur Duplay a observé un malade chez lequel le pus développé dans la cavité profonde avait pénétré dans celle située sous la peau et donné lieu à un abcès en bouton de chemise.

Les cavités qui constituent le groupe postérieur sont réunies autour du tendon du grand fessier et

comprennent une cavité principale et plusieurs cavités accessoires en nombre variable.

Une vaste synoviale, de forme elliptique à grand diamètre vertical, est interposée entre le tendon du grand fessier et le bord postérieur du grand trochanter. Elle occupe une longueur d'environ 6 à 7 centimètres depuis le voisinage de l'angle postéro-supérieur de l'apophyse jusqu'à un centimètre au dessus du tubercule de la bifurcation externe de la ligne âpre. Large d'environ trois centimètres, elle repose en haut dans une petite étendue sur la bourse du fascia lata et en arrière sur le tissu cellulo-grasieux inter-musculaire de la fesse qui la sépare du bord postérieur du grand trochanter et des attaches des muscles profonds. La face externe est recouverte par le tendon et la partie antérieure du grand fessier et par les faisceaux les plus proches du fascia lata. Vers sa partie moyenne, elle est quelquefois unie à l'aponévrose de la façon la plus intime. Son bord postérieur est très voisin du nerf sciatique.

Les cavités accessoires sont ainsi disposées:

L'extrémité supérieure de la synoviale du tendon du grand fessier est séparée de la face profonde du muscle par une petite cavité ovale.

De même, à la hauteur du tubercule de la bifurcation externe de la ligne âpre, immédiatement en arrière du tendon, il existe non plus une bourse séreuse unique, mais un assemblage de petits espaces clos.

La disposition de ces cavités secondaires n'est pas toujours identiquement la même ; elles sont sujettes à des variations considérables dans leurs formes et leurs dimensions. La supérieure peut même manquer complètement.

Enfin, on trouve également une petite bourse séreuse entre le bord postérieur du tendon du vaste externe et du tendon du grand fessier.

Mais les petites bourses n'ont point, dans l'étude qui nous occupe, une valeur considérable. Nous les laissons de côté pour étudier maintenant rapidement la disposition du tissu cellulaire des aponévroses de la cuisse.

L'aponévrose fémorale donne naissance, par sa face profonde, à deux cloisons distinguées en interne et externe.

La cloison intermusculaire interne s'étend de l'extrémité supérieure de la ligne âpre à la tubérosité du condyle interne du fémur ; elle sépare les muscles de la région crurale interne de ceux de la région antéro-externe. Cette cloison se confond, dans ses deux tiers supérieurs, avec l'aponévrose d'origine du vaste interne ; en bas, elle devient indépendante de ce muscle dont on peut facilement la séparer. Son bord externe s'attache à la ligne âpre et plus bas à la branche interne de sa bifurcation. Son bord interne se continue inférieurement avec le tendon de la longue portion du grand adducteur.

La cloison intermusculaire externe s'étend de la base du grand trochanter au condyle externe.

Elle sépare le vaste externe des fléchisseurs de la jambe.

En dedans, cette cloison s'insère à toute l'étendue de la ligne âpre et à la branche externe de sa bifurcation inférieure.

En dehors, elle se continue avec l'aponévrose fémorale. Sa face antérieure donne attache au vaste externe; c'est sur cette face que s'insère surtout la partie inférieure du muscle. Sa face postérieure inclinée en dehors est en partie recouverte par les insertions qu'elle fournit à la courte portion du biceps.

Ces deux cloisons, partant l'une et l'autre de la ligne âpre, sont très rapprochées en haut; elles divergent en bas comme les deux branches résultant de sa bifurcation et comme les deux bords supérieurs du losange poplité qu'elles contribuent à former.

Ces cloisons ne naissent pas de l'aponévrose fémorale; elles n'en forment pas une dépendance. Mais il en est de plus nombreuses qui tirent leur origine de celle-ci et qui s'unissent entre elles pour constituer des gaines.

Ces gaines diffèrent suivant que l'on considère les muscles annexés au bassin ou les muscles de la cuisse.

Nous n'insisterons plus sur les aponévroses de la région fessière que nous avons étudiées en partie précédemment. Elles forment deux grandes gaines : une postérieure ou superficielle dans laquelle se trouve logé le grand fessier et une antérieure ou profonde, ostéo-fibreuse contenant le moyen, le petit

fessier et tous les autres muscles pelvi-trochantériens.

Sur la cuisse, la cavité circonscrite par l'aponévrose fémorale est subdivisée aussi en deux grandes loges. La première, antérieure, est limitée en avant par l'aponévrose fémorale, en arrière par le fémur, en dehors par la cloison intermusculaire externe, en dedans par la cloison intermusculaire interne et par la lame fibreuse qui descend de la branche horizontale du pubis sur le pectiné et les adducteurs. En se prolongeant jusqu'à la ligne âpre où elle s'unit à la cloison intermusculaire interne, cette lame fibreuse sépare le pectiné et les trois adducteurs du triceps et complète l'engainement de celui-ci.

La grande gaine antérieure ne renferme pas seulement le triceps, elle contient aussi le tenseur du fascialata, le couturier et les vaisseaux fémoraux. Les muscles psoas et iliaque sont situés au dessus et en dedans ; le fasciailiaca, en se prolongeant sur leur partie terminale, les recouvre et les sépare de tous les muscles voisins ; leur gaine fibreuse propre s'unit du reste en dedans à la gaine du pectiné et en dehors à celle du tenseur du fascialata ; ce dernier est contenu dans un simple dédoublement de la paroi antérieure de la loge. Il en est de même du couturier.

La gaine du triceps est divisée en deux gaines secondaires par une lame transversale qui s'étend de la cloison intermusculaire interne à l'externe, en passant au dessous du droit antérieur. Il existe par conséquent une gaine pour le muscle et une gaine

plus large commune au vaste interne et au vaste externe.

La gaine des vaisseaux fémoraux étendue de l'anneau crural à l'anneau du troisième adducteur se compose d'éléments divers. En dehors de sa disposition dans le canal crural, sur laquelle nous ne pouvons insister, elle est formée dans le reste de son étendue : en avant par la paroi antérieure de la gaine générale et le feuillet postérieur de la gaine du couturier ; en dedans par l'aponévrose d'origine du vaste interne, en dehors par la lame fibreuse qui sépare le pectiné et les adducteurs de ce dernier muscle. Cette gaine présente en haut et en dehors un orifice par lequel le nerf saphène interne pénètre dans sa cavité ; en avant deux orifices plus considérables donnant passage chacun à une artère et deux veines destinées au couturier ; en bas et en dedans, un quatrième orifice plus large encore occupé par le nerf saphène interne et par la grande anastomotique.

La loge postérieure, plus considérable que l'antérieure, a pour limites : en arrière l'aponévrose fémorale, en avant la ligne âpre du fémur, en dehors la cloison intermusculaire externe, en dedans la cloison intermusculaire interne et la lame fibreuse qui recouvre le pectiné et les adducteurs. Elle contient les muscles de la région crurale interne et ceux de la région crurale postérieure. De la paroi interne, on voit se détacher quatre lames : une lame supérieure qui sépare le pectiné du second adducteur et de l'obturateur externe ; une lame postérieure sous-

jacente au pectiné et au premier adducteur, une lame postérieure plus profonde sous-jacente au second adducteur et s'unissant par ses bords à la précédente ; une lamelle postérieure plus profonde encore, extrêmement mince et cellulo-fibreuse, séparant le grand adducteur des muscles fléchisseurs de la jambe.

De ces quatre lames, la première complète la gaine ostéo-fibreuse de l'obturateur externe, la seconde complète celle du pectiné et celle du moyen adducteur, la troisième celle du petit et la quatrième celle du grand adducteur. Les trois muscles de la région crurale postérieure sont renfermés dans la même gaine.

La connaissance exacte de ces différentes loges que nous venons d'étudier, nous dispense d'insister sur le tissu cellulaire qui sépare les muscles et dont le rôle est si important au point de vue qui va nous occuper. Toutefois nous devons faire remarquer les communications qui existent entre les deux grandes loges principales antérieure et postérieure. Ces communications se font au niveau de l'insertion des adducteurs à la ligne âpre. Là en effet se trouve un certain nombre d'orifices, échelonnés de haut en bas et livrant tous passage à des branches de l'artère fémorale profonde et à la terminaison de cette artère. Ces rameaux plus ou moins volumineux, rameaux perforants, sont toujours accompagnés de tissu cellulaire qui fait ainsi communiquer les espaces inter-musculaires antérieurs et postérieurs.

Ces notions anatomiques brièvement étudiées nous

permettent d'entrer dans le sujet, et d'étudier la marche des abcès. Nous le répétons, nous laissons de côté ses origines.

Notre abcès est formé, au niveau de la face externe du grand trochanter. Qu'il vienne d'os éloignés, du trochanter lui-même, de l'articulation coxo-fémorale, ou qu'il se soit formé sur place, il constitue toujours la même tumeur, plus ou moins volumineuse, essentiellement fluctuante et à peu près indolente, du moins à la palpation superficielle.

Nous reviendrons ultérieurement sur le diagnostic causal, une de nos observations nous montrera combien il est difficile dans certains cas. L'abcès est là, que deviendra-t-il ?

Il va fuser dans les interstices musculaires et suivre certaines voies qui, d'après nos observations, d'après celles que M. Campenon cite dans sa clinique, semblent être presque constantes. Nous voyons de suite de quelle importance il peut être de deviner ces trajets souvent imperceptibles communiquant avec une poche profonde, quelquefois méconnue et qui, laissés de côté, rendent l'intervention chirurgicale inutile.

La malade principale qui nous servira de modèle est celle relatée dans l'observation I.

Elle était depuis deux mois à Necker quand nous l'avons trouvée, et avait été opérée pour un immense abcès froid de la région trochantérienne. Quelles en étaient alors les limites, nous l'ignorons : mais nous savons qu'il était énorme. Il fut ouvert largement,

se vida et fut soigneusement pansé. Que se passa-t-il alors ?

Certains phénomènes de rétention de pus apparurent, la collection se *reproduisit* et nous avons trouvé, à une seconde opération, la disposition suivante :

Au niveau du grand trochanter, une poche étendue, dont le volume peut varier, dont l'accès est facile et permet dès l'abord de reconnaître deux prolongements constants, généralement assez volumineux pour ne point passer inaperçus.

L'un monte vers la fosse iliaque externe et plonge dans l'épaisseur des muscles fessiers dont il écarte les fibres. Ce prolongement remonte plus ou moins haut et peut atteindre l'échancrure sciatique. Nous retrouvons ici le mécanisme inverse de la migration de certains abcès par congestion issus de la colonne vertébrale.

Le second prolongement descend sous l'aponévrose de la cuisse et longe le fascia lata, affectant avec lui des rapports variables, mais peu importants au point de vue de l'intervention. Qu'il soit au dessus ou au dessous de lui, il descend plus ou moins bas. Dans une des observations de M. Campe-non, il descendait jusqu'au voisinage du condyle externe du fémur et nécessitait une incision de 37 à 38 centimètres de longueur.

Ces deux prolongements sont les plus constants et es plus faciles à suivre. Ils sont connus. Nous les retrouvons dans une autre de nos observations où l'abcès était consécutif à une coxalgie. Après l'inci-

sion, le doigt pouvait reconnaître un large décollement de la face postérieure du col du fémur et au dessus du col, sous le tendon du pyramidal, une large boutonnière. En haut et en arrière, ce prolongement remontait loin sous le grand fessier, en écartant les fibres, de telle sorte qu'il présentait plusieurs poches réunies par des rétrécissements.

Dans une autre observation on a dû faire le long de la face externe de la cuisse une très longue incision pour arriver à nettoyer toute la cavité.

En dedans de notre poche principale, nous trouvons un troisième prolongement, constant lui aussi, mais déjà plus difficile à découvrir et qu'il importe de connaître, au cas où son trajet serait peu accentué.

Il se dirige transversalement en dedans jusqu'au voisinage du fémur et là peut se comporter de deux façons différentes. Il continue son chemin dans la direction primitive et peut passer en avant ou en arrière de l'os.

S'il passe en avant; il s'engage sous le droit antérieur puis arrive à la gaine des vaisseaux fémoraux et s'engage entre l'artère fémorale superficielle et l'artère fémorale profonde, chemine dans la région des adducteurs dont il occupe la région antérieure et descend plus ou moins bas; suivant son volume, il fera saillie sous la peau pour arriver à s'ouvrir spontanément à un moment donné, ou bien il en restera plus ou moins loin, auquel cas il est sou-

vent difficile, sinon impossible de le percevoir par l'exploration.

Ce prolongement n'est pas volumineux et le plus souvent extrêmement sinueux. Quand la grande poche a été ouverte on peut y faire pénétrer le doigt, mais bientôt son volume diminue, il se rétrécit, devient filiforme et, partant, beaucoup plus difficile à explorer.

Dans d'autres cas, le trajet interne, arrivé au fémur, passe en arrière de lui. Comme le précédent il continue son trajet du côté de la face interne de la cuisse, mais se trouve en arrière des adducteurs, dans la région postérieure de la cuisse.

Ici, il rencontre les branches perforantes de l'artère fémorale. profonde, branches accompagnées comme tous les groupes vasculo-nerveux de tissu cellulaire, s'engage dans les canaux, et l'on se trouve en présence alors d'un prolongement, d'un cul de-sac antérieur, absolument analogue au précédent, quoique formé par un processus différent.

M. Campenon rapporte l'observation d'une petite fille morte à l'hôpital Trousseau et chez qui l'autopsie a révélé la marche que nous venons de décrire. D'ailleurs, chez notre malade, nous avons également trouvé le prolongement postérieur au fémur. Mais il a fallu le chercher avec soin, et sans la notion exacte de la possibilité de son existence, il eût passé inaperçu, étant donnée l'étroitesse de son trajet.

Tel est le type que présente l'abcès froid de la région trochantérienne. Sans doute, les notions

anatomiques que nous avons cru devoir résumer au début en rendant compte facilement. Mais nous n'avons pas craint de l'étudier spécialement, parce que nous n'en avons trouvé une description précise dans aucun des ouvrages que nous avons consultés.

M. le docteur Petit, dans une thèse sur l'hygroma trochantérien, relate un grand nombre d'observations de suppuration de la région, sans parler des trajets que suit la suppuration. Il est vrai que ses observations s'appliquent surtout à des faits de suppuration circonscrits d'inflammations localisées, de périarthrite coxo-fémorale, telle que l'a décrite M. le professeur Duplay. Est-ce à dire que ces périarthrites, ces hygromas suppurés, ou pour préciser mieux les dégénérescences tuberculeuses des bourses séreuses de la région, ne se comporteraient pas comme l'abcès froid consécutif à l'ostéite du grand trochanter.

Quelques faits, tels que ceux signalés dans les observations XXII et XXXI de la thèse du docteur J.-B. Petit sembleraient le laisser supposer, toutefois les observations nous manquent à ce sujet et nous n'oserions l'affirmer. Nous croyons au contraire que ces suppurations restent en général assez limitées.

Les suppurations provenant des régions éloignées se comportent à peu près comme celle qui a servi de type à notre description.

Dans l'observation VII que nous avons tirée du *Journal des enfants malades*, nous retrouvons un

cas à peu près analogue, quoique moins étendu. Nous passons pour le moment sur la difficulté qu'a présentée le diagnostic causale, nous y reviendrons dans un instant. Au point de vue exclusivement symptomatique, nous trouvons une poche à prolongement supérieur, sous les fessiers. Degré atténué de l'extension de l'abcès qui, dans les cas particuliers, provenait du grand trochanter.

Si d'autre part nous voulons fouiller les nombreux travaux qui ont paru sur la coxalgie, et nous en avons lu un grand nombre, nous trouvons uniquement relatés les prolongements — notion commune aux abcès froids de toutes les régions, — mais sans en voir préciser la topographie exacte.

Le résumé général de la marche des abcès consécutifs à la suppuration de l'articulation coxo-fémorale est le suivant :

Cette marche dépend des changements de consistance éprouvés par les parties molles qui entourent l'articulation. Quand la capsule a cédé à sa partie antérieure, le pus et la fluctuation se manifestent soit en dedans soit en dehors du triangle de Scarpa, qui reste indemne. Le point d'ouverture de prédilection est la partie supérieure et externe de la cuisse au dessous du grand trochanter qui est plus ou moins dénudé par la suppuration. Moins souvent l'abcès fait saillie en dedans du membre et donne lieu à une fistule siégeant très près des bourses ou de la vulve. Quelquefois il se forme une double poche en dedans et en dehors du membre et le pus

communiqué de l'une à l'autre. Dans d'autres cas encore assez fréquents la suppuration envahit la gaine du muscle psoas, se porte en haut et va former une tumeur dans la fosse iliaque : Bonnet, entre autres, a vu le pus dans sa marche ascendante passer par dessus l'os des îles et se faire jour en arrière de cet os. Mais ce cas particulier est en dehors du programme que nous nous sommes tracé.

Quand le pus a envahi la cuisse, il peut descendre plus ou moins bas. Mais nulle part nous n'avons trouvé de description précise des trajets que nous avons décrits

Valeur diagnostique.

L'étude exacte du trajet que les abcès de la région trochantérienne semblent suivre d'une façon constante peut-elle être d'un secours pour le diagnostic de l'affection causale? C'est ce que nous allons examiner maintenant.

Autant, nous l'avons vu, la marche des abcès est insidieuse, autant leur mode de formation, leur aspect primitif, leur apparition symptomatique offre souvent de difficultés, précisément à cause de la variété considérable des processus par lesquels le pus peut se collecter dans la région.

Nous laisserons de côté les symptômes prémonitoires qui peuvent annoncer ou faire prévoir un abcès le début d'un mal de Pott, d'une coxalgie, d'une ostéite tuberculeuse du grand trochanter, d'un hygroma chronique, d'une périarthrite coxo-fémorale, etc. Notre abcès est formé, saillant sous la peau. Quel nom pourrions-nous lui donner?

Ce diagnostic est souvent difficile et nous rapportons une observation typique à ce sujet. Sans doute elle sort un peu du sujet que nous nous étions tracé. Mais, dans cette première période de l'évolution de l'abcès, lorsqu'il est encore limité, ou tout au moins

semble l'être à la région trochantérienne, son diagnostic précis peut faire prévoir dans certains cas sa durée où son évolution ultérieure.

L'hygroma trochantérien se présente sous l'aspect d'une tumeur molle plus ou moins fluctuante, de forme elliptique à grand diamètre suivant l'axe du membre. Cette tumeur est plus ou moins saillante à l'extérieur, quelquefois elle ne semble pas avoir à première vue de limites bien précises. Son siège habituel est le bord postérieur du grand trochanter avec lequel elle paraît contracter des rapports étroits. De là elle envahit plus ou moins l'espace compris entre ce dernier et l'ischion. Son volume peut varier dans de certaines proportions. Peu développée au début elle ne dépasse guère les limites de l'éminence trochantérienne. Mais elle peut augmenter de volume et on reconnaît alors qu'elle est profondément située et qu'elle est comprimée, aplatie par les contractions du grand fessier. La douleur est constante mais d'intensité fort variable. Elle siège sur le grand trochanter et en arrière de ce dernier et s'irradie fréquemment sur la face postérieure du membre, le long du trajet du nerf sciatique. Mais elle est toujours exactement localisée au grand trochanter, et en arrière de ce dernier; jamais on ne l'observe à la partie supérieure du triangle de Scarpa ni à la face interne de la cuisse un peu au dessous du pli génito crural.

Les abcès froids migrateurs, vengus le plus souvent de la colonne vertébrale, forment une saillie globuleuse, sans limites bien précises et qui n'est pas

exactement localisée au niveau du bord postérieur du grand trochanter, mais à la partie moyenne de la fesse.

Si l'abcès est dû à la tuberculose du grand trochanter, sous eux l'apophyse est, dès le début, augmentée de volume et douloureuse à la pression. Cette douleur se manifeste non seulement à l'exploration directe, mais aussi lorsqu'on ébranle le fémur en un point quelconque de son étendue. Dès que le pus est formé, il affecte une marche particulière qui donne à l'affection une physionomie spéciale. Développée d'abord sous le périoste, l'épanchement purulent, grâce à son accroissement incessant, ne tarde pas à déterminer la rupture de cette membrane.

Nous avons vu comment il devient alors migrateur. Au contraire, les collections développées dans les bourses trochantériennes, même lorsqu'elles sont très considérables, restent localisées à la partie supérieure du membre, et ce fait malgré la présence d'un point douloureux à la partie du grand trochanter, doit au moins permettre de supposer qu'il existe une inflammation des bourses de glissement.

Laissant de côté les autres points de diagnostic qui n'ont qu'une importance accessoire ici, nous voyons que par la connaissance de la cause de la collection purulente trochantérienne, on peut quelquefois prévoir sa marche ultérieure, sinon dans ses détails les plus complets que l'opération seule révèle, mais dans sa direction générale et dans ses conditions probables.

III

Valeur pronostique et thérapeutique.

Si la connaissance du mode d'évolution de l'abcès a une importance minime dans le diagnostic causal, elle a par contre une sérieuse influence sur le pronostic et le traitement.

La seule notion de collection froide doit faire réserver le pronostic. Cette fatale tendance à l'envahissement ne doit pas sortir de la mémoire et M. le docteur Campenon a insisté particulièrement sur ce point. Avant d'aborder avec les instruments une tumeur de cette nature, il faut être bien prévenu des surprises qu'elle peut offrir : il faut l'aborder froidement, sans parti pris, s'étant réservé un temps assez long pour permettre de parfaire l'opération dont la durée est toujours indéterminée. Par conséquent, au point de vue du pronostic, il faudra mettre le malade en garde contre une durée qu'il est impossible de prévoir. Sans doute, le pronostic vital n'a que peu d'importance, étant supposée connue la cause de l'abcès. Néanmoins, ces suppurations chroniques, longues, envahissantes, sont un indice de déchéance organique, et il faudra tenir compte de ce fait, surtout si l'état général du malade est déjà affaibli.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Relatée dans la clinique de M. le docteur Campenon.)

Femme de 28 ans, couchée à la salle Lenoir, n° 16, hôpital Necker.

Entre à l'hôpital pour un immense abcès froid de la région trochantérienne datant de deux mois. Nous ignorons quelles étaient ses limites à ce moment, mais nous savons qu'il était très grand. Cet abcès fut ouvert largement, se vida, mais la collection se reproduisit et, finalement, nous trouvons la malade dans l'état suivant :

Au niveau du grand trochanter, ouverture de 5 centimètres. Le doigt, introduit dans la plaie, plonge dans une poche sous-cutanée remontant jusqu'à la région fessière. Il contourne, en arrière, le col du fémur, mais ne peut atteindre les limites de la poche. En avant du grand trochanter, on peut sentir à une petite distance la paroi terminale. Mais à la face externe de la cuisse, en bas, on retrouve une nouvelle poche dont le volume est impossible à apprécier exactement.

Opération, le 20 mai 1890. — Ouverture large du prolongement supérieur qui montait vers la fosse iliaque externe, en plongeant dans l'épaisseur des fessiers, toutefois, sans

les avoir trop dissociés et sans s'être avancé jusqu'à la fosse iliaque.

En bas, grand prolongement arrivant environ à la partie moyenne de la cuisse.

En dedans, prolongement beaucoup plus mince, difficile à suivre, passant en arrière du fémur.

Contre-ouverture à la face antérieure de la cuisse.

Drains, lavages. Suture d'une partie des incisions ; pansement.

Bons résultats. La malade quitte l'hôpital en bonne voie de guérison.

OBSERVATION II (personnelle).

Tol... Adrienne, 48 ans, journalière.

Entrée à l'hôpital Necker, en 1883, salle Sainte-Marie, n° 12.

Pas d'antécédents héréditaires à noter. La mère serait morte, à 60 ans, de broncho-pneumonie; le père, à 70 ans, de cancer de l'estomac.

Elle-même n'a jamais été malade ; quatre couches heureuses.

En janvier 1883, elle ressent une douleur lancinante, très variable d'intensité, rarement spontanée, au niveau de la région trochantérienne gauche. Cette douleur était surtout provoquée par certains mouvements, par exemple celui de se lever de son siège. Cette douleur était exactement limitée au niveau du bord postérieur du grand trochanter.

En mars, douleur intense et subite tout le long du bord interne de la cuisse gauche. La malade a dû se coucher. Mais on ne remarquait à ce moment ni rougeur ni gonflement.

Frictions, vésicatoire.

Parmertien.

En août : apparition d'une grosseur, d'un abcès à la partie externe et supérieure de la cuisse. Ouverture, drainage. Suppuration prolongée, si bien que la malade se décide enfin à entrer à l'hôpital le 20 octobre.

Elle nous présente, au niveau de la région trochantérienne, deux trajets fistuleux donnant issue à un pus sanieux, fétide.

On installe un drain pour permettre de nettoyer pendant quelque temps la cavité de l'abcès, mais le 8 novembre, on est obligé de recourir à une intervention plus active.

Incision de 25 centimètres sur la face externe de la cuisse, donnant accès dans une vaste cavité, se prolongeant en haut jusqu'aux fessiers, en bas, jusqu'au niveau de la région moyenne de la cuisse, contre-ouverture à la partie postérieure de la cuisse. Grattage des parois de l'abcès. Pansement à l'iodoforme.

Après quelques accidents sans importance, la malade entre en voie de guérison lente et sort de l'hôpital au bout de deux mois, après avoir tari son foyer de suppuration et retrouvé les fonctions de son membre.

OBSERVATION III (personnelle).

Did... Gustave, âgé de 53 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 6 mai 1891.

Garçon de magasin.

N'a jamais été franchement malade, néanmoins présente depuis son plus jeune âge des adénites torpides non douloureuses, et en particulier deux ganglions tuméfiés sur les côtés du cou.

Depuis deux ans douleur dans la marche. Il boite et, à

plusieurs reprises, est obligé d'abandonner son travail qu'il est incapable de faire.

A son entrée à l'hôpital, il nous accuse une douleur spontanée, lancinante, localisée en arrière, au bord postérieur du grand trochanter de la cuisse droite. Cette douleur irradiait fréquemment en avant, dans la région des vaisseaux fémoraux et remontait même jusque dans la région inguino-cruale.

Abaissement considérable du pli fessier, et, au niveau de la partie postérieure du grand trochanter, tuméfaction saillante du volume d'une orange, essentiellement fluctuante et peu douloureuse à la palpation.

Un examen complet du malade fait découvrir de plus, dans la fosse iliaque, un empâtement profond, une tumeur mal circonscrite mais non fluctuante.

M. le professeur Verneuil conclut à un foyer profond de suppuration périarticulaire. L'articulation semble indemne; en effet à la suite d'une percussion assez forte, exercée sur la plante du pied, le malade n'accuse aucune douleur et la flexion de la cuisse sur le bassin s'opère d'une façon normale.

Un seul signe néanmoins semblerait contraire au diagnostic ou pourrait donner le change : c'est l'ensellure lombaire que provoque l'abduction forcée de la cuisse.

Une ponction exploratrice, faite dans la tumeur de la fosse iliaque, ne donne que des résultats négatifs au point de vue de l'existence du pus.

Le malade observé en ce moment, n'a pas encore été opéré.

Nous sommes toutefois en présence d'une collection limitée à la région trochantérienne, tout au moins jusqu'à présent, sans tendance accusée à la migration, son diagnostic est rendu difficile par la présence de la tumeur de la fosse

iliaque. Sommes-nous en présence d'une périarthrite ou d'un abcès par congestion venu de la fosse iliaque. Il est impossible actuellement de se prononcer. Dans quelques jours la lumière sera peut-être faite, en tout cas l'intervention nous donnera la certitude au point de vue de sa véritable nature.

OBSERVATION IV (personnelle).

(Due à l'obligeance de M. Terson, interne de M. le professeur
Le Dentu).

Pauline L..., âgée de 26 ans, cigarière, entre le 22 avril 1891, salle Lenoir, lit n° 21, hôpital Necker, service de M. le professeur Le Dentu.

Aucun antécédent morbide héréditaire.

Assez bien portante dans sa première enfance, elle présente cependant des adénités multiples du cou et de l'aîne.

A l'âge de 6 ans elle fait une chute les jambes écartées.

A la suite, douleur de la hanche droite, claudication, raccourcissement et peu à peu impotence de l'articulation de la hanche.

Depuis cette époque, le membre inférieur droit a toujours été en demi-flexion et en adduction très marquée; le genou droit tend à se placer sous le genou gauche.

L'ankylose est complète.

A cette époque, pas d'abcès froid.

L'état général se rétablit.

Réglée à 14 ans, normalement.

La malade conserve une bonne santé jusqu'à l'année dernière, mais au mois d'août 1890, la malade se sent fatiguée,

son état général dépérit et elle ressent une vive douleur au niveau de la hanche droite. Il se forme un abcès péri-trochantérien qui fut ouvert par M. le docteur Campenon qui obtient après deux mois une cicatrisation sans fistule.

En février 1891, les douleurs reparaissent, la région se tuméfie de nouveau, il se forme une tumeur qui augmente jusque vers le 20 avril.

La malade entre à l'hôpital le 21 dudit mois, et le soir, un volumineux abcès rétro-trochantérien s'ouvre spontanément.

A l'examen on trouve une ankylose pelvifémorale complète à droite, et un raccourcissement de 6 centimètres, l'adduction est telle que la malade doit avoir une luxation de la tête fémorale.

Aucune douleur de la colonne vertébrale, aucune déviation.

Cicatrices d'abcès froids dans la région du trochanter et notamment celle qui a résulté de l'ouverture pratiquée par M. le docteur Campenon.

La malade a maigri, tousse peu, mais présente des sueurs nocturnes abondantes; jamais d'hémoptyxies, l'appétit est assez bon.

Les poumons présentent des craquements humides aux deux sommets, plus abondants à droite.

Rien de particulier dans les divers appareils.

Le 28 avril, avec l'autorisation de M. le professeur Le Dentu, M. Terson procède sous le chloroforme à l'incision large de l'abcès.

Le doigt profondément introduit arrive dans une vaste poche rétro-trochantérienne et sent une large boutonnière au dessus du col du fémur, sous le tendon du pyramidal, boutonnière qui va évidemment dans l'articulation.

En haut et en arrière, vaste prolongement entre les fibres du grand fessier, se présentant sous forme de poches dis-

tinctes réunies par des rétrécissements, Avec la sonde cannelée et le doigt. M. Terson transforme ces diverses poches en une seule qui atteint en arrière l'articulation sacro-iliaque, en ce point et au niveau de la crête de l'os des iles contre ouverture et passage d'un drain du volume du pouce qui draine la fesse par l'ouverture inférieure de la plaie.

Nouvelle introduction du doigt et après quelques tâtonnements, M. Terson découvre en arrière du fémur, contournant cet os en partie jusqu'au plan des adducteurs, un trajet assez étroit dont il arrive à sentir la terminaison, grattage du trajet.

Après un lavage au chlorure de zinc, on fait un pansement iodoformé,

° La quantité de pus qui s'est écoulé pendant l'opération, peut être évaluée à 500 gr. environ.

Abondante suppuration pendant les premiers jours qui suivent.

Lavages quotidiens à l'eau phéniquée forte. La suppuration diminue.

Vers le 20 mai, la suppuration est très peu abondante, on substitue au gros drain un tube du volume du petit doigt.

Le 28 mai, suppression de ce drain.

Le 10 juin. Guérison, cicatrisation.

Sortie, le 14 du même mois.

OBSERVATION V

(Empruntée à la thèse du docteur Petit, Paris, 1891).

M^{lle} C..., âgée de 22 ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'à il y a six mois environ. A cette époque, sans cause traumatique connue, elle vint à souffrir d'une douleur intense à la

hanche gauche, au niveau du grand trochanter. La douleur alla en augmentant et fut suivie, au bout de peu de temps, d'un gonflement de la région. Elle consulte alors plusieurs chirurgiens et enfin entre à l'hôpital le 3 juillet.

On la traita par des révulsifs locaux et l'huile de foie de morue à l'intérieur. Enfin le 15 septembre, dit Robert Macnah, la malade se présenta à mon observation.

Je constatai les symptômes suivants :

Cuisse gauche légèrement fléchie sur le bassin. Articulation de la hanche complètement immobilisée.

Sur le grand trochanter et s'étendant à la totalité du tiers supérieur de la cuisse, existait une tuméfaction large, tendue, douloureuse et d'une fluctuation obscure. Pas de douleur, accusée en pressant les surfaces articulaires l'une contre l'autre.

A la station debout, la hanche gauche paraissait aplatie, le grand trochanter du même côté était plus oblique et faisait plus de saillie que le droit, allongement apparent du membre bien marqué avec léger renversement du pied.

La malade accusait une douleur poignante quand elle essayait de se reposer quelque légèrement que ce fût sur le membre malade, la santé générale était profondément troublée, pas de sommeil depuis plusieurs nuits, langue sèche, dents couvertes de fuliginosités.

Le 18 septembre, trois jours après son entrée, convaincu, dit Robert Macnah, par l'aspect général du sujet, par les antécédents, par plusieurs des symptômes précédents et par un cas semblable que j'avais vu précédemment, que l'affection ne siégeait pas dans l'articulation de la hanche, je chloroformai la malade et je fis une longue incision un peu au dessous du grand trochanter et au bas de l'os. Il s'échappa trois quarts de litre environ d'un pus de bonne nature.

L'opération est suivie d'un grand soulagement.

Ni le doigt ni la sonde ne peuvent découvrir d'os carié, *mais je pus sentir une vaste cavité, située autour et en arrière du grand trochanter et un prolongement s'enfonçant profondément en arrière du fémur jusqu'aux muscles adducteurs.*

Je ne découvris pas de lésion articulaire. la cuisse se laissait facilement mouvoir sur le bassin dans toutes les directions. La cavité de l'abcès fut lavée deux fois par jour avec une solution d'acide phénique, pansement avec le même acide dilué.

Le 22, amélioration; l'écoulement et l'induration diminuent.

Le 11 octobre elle peut se lever et marcher un peu avec l'aide d'une canne; l'écoulement diminue de plus en plus; la plaie se rétrécit et présente de belles granulations.

OBSERVATION VI

(Thèse de Mielly, 1879.)

Jacques P..., âgé de 34 ans, exerçant la profession de maçon, entre le 5 mai 1875, salle Saint-Joseph.

Cet homme a fait, il y a huit jours, une chute sur la fesse droite sans qu'il puisse préciser le point où le coup a porté. Le lendemain, quoique souffrant, il a pu continuer son travail habituel; mais dès le troisième jour après l'accident il a dû se mettre au lit.

Aujourd'hui, il y a de la rougeur et un gonflement énorme de toute la fesse droite, allant jusqu'à la région trochantérienne. La peau est chaude et la pression exercée sur ces

parties réveille de la douleur. Il y a, dans toute la fesse, une fluctuation douteuse, qui ne devient bien évidente que sur le bord postéro-externe du grand trochanter.

On note également une position vicieuse du fémur droit, qui est dans la flexion avec une légère rotation en dedans en même temps qu'une légère adduction.

De plus le fémur semble faire corps avec le bassin qui le suit dans les mouvements qu'on lui communique, si bien que l'on pourrait croire à l'existence d'une coxalgie.

On applique un large vésicatoire sur la région malade.

Le 12 mai. Le malade souffre un peu plus qu'à l'époque de son entrée, la température est plus élevée et le pouls plus rapide. La région de la fesse est aujourd'hui un peu moins tendue; mais, par contre, la région trochantérienne est plus gonflée, un peu douloureuse et on constate à ce niveau une énorme collection liquide se propageant en avant et descendant sur la face externe de la cuisse. Le toucher de cette tumeur fait en outre percevoir très nettement une sensation de gargouillement qui est l'indice d'une collection à la fois liquide et gazeuse.

On fait une très large incision sur le bord externe du grand trochanter et une très grande quantité de pus mêlé de gaz s'échappe au dehors.

Le doigt introduit dans la plaie peut contourner le grand trochanter mis à nu, et découvre un prolongement qui s'engage profondément en bas, en dedans et en arrière du fémur jusqu'au niveau du plan du grand adducteur.

Le malade est en voie de guérison.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Pfender, ancien interne des Hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.)

Jeanne D..., âgée de 14 ans 1/2, entre le 11 avril 1888, salle Bouvier, lit n° 13, hôpital des Enfants malades, service de M. de Saint-Germain.

Aucun antécédent morbide héréditaire.

Rougeole bénigne vers l'âge de trois ans.

Pas d'accidents scrofuleux ou tuberculeux.

Les deux frères sont très bien portants.

Elle-même jouit d'une bonne santé.

En octobre 1887, la mère aperçoit chez sa fille une saillie légère à la partie inférieure de la colonne vertébrale. A quand faut-il en faire remonter le début? On ne peut nous répondre à ce sujet, car l'enfant n'a jamais accusé de douleur. Aujourd'hui encore, cette tumeur est parfaitement indolente. M. de Saint-Germain, à qui on présente la malade, reconnaît un mal de Pott lombaire et conseille de porter un corset d'attitude qu'autorisait l'absence de douleurs et des symptômes fonctionnels.

Pendant 10 jours elle continue à marcher; mais à ce moment on s'aperçoit que le corset devient trop étroit à la partie inférieure.

Un médecin constate au niveau du grand trochanter la formation d'une tumeur fluctuante qu'il n'hésite pas à considérer comme provenant du mal de Pott.

On fait garder le lit à l'enfant bien que la marche ne soit pas gênée.

Applications de teinture d'iode.

L'abcès augmente, s'ouvre, devient fistuleux.

La malade est ramenée une deuxième fois à l'hôpital et elle entre salle Bouvier, le 11 avril 1888.

Le 12 avril, à l'examen, on constate que la cuisse droite est légèrement fléchie, en adduction et rotation en dedans. L'enfant pousse des cris aussitôt qu'on veut toucher à son membre malade. Si bien que le diagnostic de coxalgie semble s'imposer.

Néanmoins un examen attentif démontre l'intégrité de l'articulation coxo-fémorale, les mouvements de la hanche sont assez faciles et les chocs sur la plante du pied indolores.

Une fistule siège à la partie inférieure et externe du grand trochanter. Elle donne accès dans une cavité du volume d'un œuf de poule, mais elle présente *un prolongement remontant en arrière et en haut sous les fessiers jusqu'à 8 ou 10 centimètres.*

La saillie lombaire est indolente et n'a pas augmenté depuis son début.

Nous constatons un déplacement en arrière de 1 centimètre environ de l'apophyse épineuse de la 5^e lombaire.

Etat général excellent, aucun symptôme pulmonaire.

Le 24. Chloroforme.

Incision large de la poche qui occupe le siège de la bourse séreuse du grand fessier.

Elle est tomenteuse et traversée par des brides fibreuses saillantes et résistantes.

Le prolongement supérieur ne communique par aucun trajet fistuleux avec la région lombaire.

Grattage, drainage, pansement antiseptique. Persistance de la fistule malgré des injections iodées.

Le 13 juillet, de nouveau chloroforme.

On ne constate pas de fistule osseuse.

Le 17 août, nouvelle intervention.

Incision ; la sonde cannelée tombe sur une fistule osseuse conduisant dans le grand trochanter.

Pansement antiseptique.

Guérison rapide.

CONCLUSIONS

Les collections purulentes de la région trochantérienne peuvent avoir des origines très variées. Ces origines sont connues ; elles ont été longtemps et fréquemment étudiées : néanmoins elles offrent encore parfois de grandes surprises et leur diagnostic en est fort délicat.

Si le diagnostic étiologique est difficile, il en est de même du diagnostic de l'étendue de l'abcès. Nous avons passé rapidement sur le premier pour nous étendre particulièrement sur le second et en étudier la topographie qui, comme dans la plupart des régions du corps humain, semble être à peu près constante.

L'envahissement de la région par le pus obéit aux lois générales qui règlent la marche de tous les abcès par congestion et aux lois particulières qui dépendent de la disposition des éléments anatomiques. et des rapports qu'ils affectent entre eux.

C'est ainsi que l'on peut résumer de la façon suivante la marche des abcès froids de la région trochantérienne.

Si ces abcès sont d'origine périarticulaire, c'est-à-dire s'ils naissent dans une des bourses séreuses qui

existent au niveau du grand trochanter, le plus souvent ils restent localisés, probablement à cause de l'épaisseur des parois de la poche originelle.

S'ils sont d'origine osseuse, ils suivent l'évolution des abcès froids en général.

Le plus souvent, c'est en haut et en arrière sous les fessiers, et en bas et en dessous le long du fascia lata, qu'ils se propagent dans une étendue variable.

Mais il existe un autre prolongement moins net, difficile à découvrir, quand on ne le recherche pas en connaissance de cause, fort étroit le plus souvent, mais qui, néanmoins, s'étend fort loin.

Il se dirige en dedans et passe soit en avant soit en arrière du fémur. Dans le premier cas, quand il passe en avant, il gagne la région des vaisseaux fémoraux et descend plus ou moins bas en avant des adducteurs.

Dans le second cas, il gagne la région postérieure de la cuisse et chemine en arrière de la cloison des adducteurs. Là, il rencontre les orifices aponévrotiques qui livrent passage aux perforantes fémorales, les franchit en sens inverse de ces artères et vient faire saillie en avant sous forme d'une tumeur plus ou moins appréciable à l'extérieur, mais située dans la même région que précédemment et qu'il a gagnée par un chemin différent.

La valeur de ces connaissances au point de vue du diagnostic de l'affection causale est d'une importance assez minime. La découverte d'un foyer dans la cuisse devra faire penser d'ordinaire à une origine

assez éloignée qu'on pourra retrouver en suivant le chemin inverse à celui qu'a parcouru l'abcès.

Mais au point de vue du pronostic et du traitement, ces notions ne nous semblent pas inutiles à connaître.

Elles permettent de prévoir et d'indiquer la durée fort longue de ces collections, tant à cause de leur nature tuberculeuse que par suite des dégâts que l'on se trouve dans l'obligation de faire pour nettoyer exactement l'abcès dans tous ses diverticules.

Au point de vue de l'intervention opératoire, la connaissance de ces trajets, de leur topographie exacte peut-être constante, de leur faible volume et par suite de la difficulté qu'on éprouve quelquefois à les découvrir, permettra de les rechercher de parti pris ; de telle façon qu'ils échappent plus difficilement à l'investigation du chirurgien et lui permettront de les traiter suivant les indications particulières tirées de leur forme et de leur volume.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

